

## ΜΗΤΕΡΑ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_,

Όνομα: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

## ΤΕΚΝΟ

Επώνυμο: \_\_\_\_\_,

Όνομα: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

(κατόπιν έγκρισης, παραμένει κενό μέχρι τον τοκετό)

ΑΙΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ  
ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΕΟΓΝΩΝ

Έχω ενημερωθεί για τον **έλεγχο νεογνών για συγγενείς διαταραχές ορμονών, μεταβολισμού και ακοής**. Έλαβα και διάβασα το ενημερωτικό φυλλάδιο γονέων. Ενημερώθηκα για τις δυνατότητες και τα όρια αυτής της εξέτασης, ιδιαίτερα για το γεγονός ότι τυχόν μη φυσιολογικά αποτελέσματα του ελέγχου νεογνών δεν αποτελούν διάγνωση και ότι σε αυτήν την περίπτωση πραγματοποιούνται επιπλέον εξετάσεις διερεύνησης. Το εργαστήριο μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου σε περίπτωση μη φυσιολογικών ευρημάτων. Είχα την ευκαιρία να υποβάλλω ερωτήσεις ή να χρησιμοποιήσω την τηλεφωνική υπηρεσία ενημέρωσης που προσφέρεται σχετικά με όλες τις εξετάσεις ελέγχου που περιγράφονται και συνηθίζονται, καθώς και για τις διαδικασίες. Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για ερωτήσεις και συλλογισμό. Γνωρίζω ότι τα δεδομένα που λαμβάνονται από εμένα και το παιδί μου (για λεπτομέρειες βλ. το οπισθόφυλλο) από το Κέντρο Ελέγχου με σκοπό την ταχεία επεξεργασία και ενημέρωση σε περίπτωση μη φυσιολογικών ευρημάτων θα αποθηκευτούν ηλεκτρονικά και θα υποβληθούν σε επεξεργασία.

Δηλώνω με το παρόν (επιλέξτε μόνο μία απάντηση)

- \_\_\_\_\_
- ότι το Εργαστήριο Ελέγχου Νεογνών (Διευθυντής Dr. med. Oliver Blankenstein)

**έχει τη συγκατάθεσή μου ως υπεύθυνος ιατρός για τη διεξαγωγή των συνιστώμενων εξετάσεων πρόωρης διάγνωσης.**

Απορρίπτω τη διεξαγωγή των ακόλουθων εξετάσεων στο παιδί μου

- το διευρυμένο έλεγχο νεογνών για συγγενείς διαταραχές ορμονών και μεταβολισμού
- τον έλεγχο ακοής νεογνών

Έχω ενημερωθεί για τις δυνατές συνέπειες και τους κινδύνους που μπορεί να συνεπάγεται η άρνησή μου για την υγεία του παιδιού μου.

**Φύλαξη υπολειπόμενων δειγμάτων αίματος:**

Αποδέχομαι τη φύλαξη του πλεονάζοντος υλικού δειγμάτων με σκοπό τη μετέπειτα επαλήθευση των ευρημάτων. Μετά από την πάροδο 12 μηνών τα δεδομένα θα χωριστούν από το υπολειπόμενο αίμα και θα κωδικοποιηθούν (με χρήση ψευδωνύμων). Μόνο κατόπιν αίτησης του δικαιούχου γονικής μέριμνας θα είναι δυνατή η συνένωση του δείγματος αίματος και των δεδομένων μέσω του κωδικού (ψευδώνυμο). Η καταστροφή των υπολειπόμενων δειγμάτων αίματος πραγματοποιείται στο Βερολίνο τακτικά μετά από 18 έτη. Για να μπορεί να ελεγχθεί αργότερα η σωστή διεξαγωγή των εξετάσεων ελέγχου, σας συνιστούμε την παρατεταμένη διάρκεια φύλαξης.

- Απορρίπτω την παρατεταμένη διάρκεια φύλαξης των υπολειπόμενων δειγμάτων αίματος.

Συμφωνώ με τη χρήση των ανωνυμοποιημένων υπολειπόμενων δειγμάτων αίματος για επιστημονικούς σκοπούς (π.χ. περαιτέρω ανάπτυξη των μεθόδων ελέγχου, ποιοτικά μέτρα).

- Απορρίπτω την επιστημονική χρήση του ανώνυμου υπολειπόμενου δείγματος αίματος.

Ημερομηνία

Επώνυμο, όνομα  
Ιατρός

Υπογραφή

Επώνυμο, όνομα

Υπογραφή

Δικαιούχος γονικής μέριμνας

## Ανάθεση δειγματοληψίας / Αντίγραφο ευρημάτων:

- Κατόπιν συγκατάθεσης, η δειγματοληψία ανατίθεται σε:

<b>ΑΡΜΟΔΙΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ</b>
--

- Ένα αντίγραφο των ευρημάτων θα αποσταλεί στο ανωτέρω αναφερόμενο πρόσωπο.

Αγαπητοί γονείς,

για να σας δείξουμε ποια ιατρικά και προσωπικά δεδομένα συλλέγονται και αποθηκεύονται προσωρινά στα πλαίσια του ελέγχου νεογνών, θα βρείτε παρακάτω μια εικόνα της ενότητας δεδομένων της κάρτας ελέγχου. Με τη βοήθεια του ID (αναγνωριστικού) ελέγχου και του γραμμικού κώδικα, τα ιατρικά δεδομένα αποθηκεύονται χωριστά από τα προσωπικά δεδομένα. Μια ετικέτα με το ID ελέγχου για το παιδί σας θα κολληθεί στο κίτρινο βιβλιário εξετάσεων, το οποίο λαμβάνει κάθε νεογέννητο και αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ παιδιού και ID ελέγχου. Η παροχή πληροφοριών μετά από την ανωνυμοποίηση με χρήση ψευδωνύμου θα είναι δυνατή μόνο με το ID ελέγχου που διαθέτει το παιδί ή/και οι γονείς. Όλα τα δεδομένα φυλάσσονται σφραγισμένα. Παραμένουν αποθηκευμένα σε έναν υπολογιστή με ασφάλεια πρόσβασης για την προβλεπόμενη χρονική περίοδο. Πρόσβαση έχουν μόνο οι συνεργάτες του εργαστηρίου ελέγχου.

Σε περίπτωση ερωτήσεων για το είδος ή τη σημασία των μεμονωμένων πεδίων, παρακαλούμε απευθυνθείτε στον αρμόδιο παιδίατρο ή τη μαία σας.

<b>Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:</b>											
Krankenkasse bzw. Kostenträger											
Name, Vorname des Versicherten											
geb. am											
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status									
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum									
Leerkarten-Grund: <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einwendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung											
<input type="checkbox"/> Entf. < 35 h											
<b>Screening-ID</b>											
Daten des Kindes:											
Nachname		Vorname									
Geburtsdatum		Datum/Uhrzeit der Abnahme:		Geburtsgewicht		Geburtsbuch-Nr.					
Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	Tag	Monat	Jahr	Std.	Min.	g.	
Geschlecht		Gestationswoche		<input type="checkbox"/> Mehrling		Wiederholungsuntersuchung <input type="checkbox"/>		Id. Nummer		Hörscreening:	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W										
TE OAE: bds. <input type="checkbox"/>		links <input type="checkbox"/>		rechts <input type="checkbox"/>		AABR: bds. <input type="checkbox"/>		links <input type="checkbox"/>		rechts <input type="checkbox"/>	
nicht durchgeführt <input type="checkbox"/>											